Nº 89-653-X2016008 au catalogue
ISBN 978-0-660-04231-2

Enquête auprès des peuples autochtones de 2012

Pensées suicidaires au cours de la vie parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 26 à 59 ans : prévalence et caractéristiques connexes

par Mohan B. Kumar

Date de diffusion : le 19 janvier 2016

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0[s]	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
[p]	provisoire
[r]	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
[E]	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2016

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Résumé

Les taux de suicide dans la population autochtone au Canada sont plusieurs fois plus élevés que les taux dans la population non autochtone. À partir de données de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012, le présent article présente des estimations de la prévalence de pensées suicidaires parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 26 à 59 ans. Il examine les associations entre les pensées suicidaires et la santé mentale, les caractéristiques sociodémographiques et d'autres caractéristiques liées à des pensées suicidaires dans d'autres populations.

En 2012, plus d'un adulte sur cinq des Premières Nations vivant hors réserve, métis et inuit a déclaré avoir eu des pensées suicidaires; ce n'est que parmi les Métis qu'une différence ressortait entre les hommes et les femmes, les femmes étant plus susceptibles de déclarer de telles pensées. Les femmes des trois groupes autochtones étaient plus susceptibles que les femmes non autochtones de déclarer avoir eu des pensées suicidaires. Comparativement aux hommes non autochtones, les Premières Nations vivant hors réserve et les hommes inuits étaient aussi plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires.

Les troubles de l'humeur et/ou d'anxiété autodéclarés diagnostiqués par un médecin, la consommation de drogue et le faible niveau d'estime de soi étaient associés à des pensées suicidaires dans les trois groupes et chez les deux sexes. Des facteurs comme la consommation élevée et fréquente d'alcool, le fait d'être veuf(ve), divorcé(e), séparé(e) ou jamais marié(e), et le fait de ne pas être en excellente ou en très bonne santé étaient associés à des pensées suicidaires chez certains, mais pas la totalité, des groupes autochtones et l'un ou l'autre sexe. Les expériences personnelles ou familiales de placement dans un pensionnat indien n'étaient associées que marginalement à des pensées suicidaires chez les femmes métisses, lorsque chaque groupe autochtone et sexe était examiné séparément. Lorsque l'on combinait tous les groupes autochtones, ainsi que les hommes et les femmes, les expériences de placement dans un pensionnat indien étaient associées de façon significative à des pensées suicidaires.

Ces résultats pourraient éclairer d'autres recherches pouvant servir à guider les programmes de prévention du suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits.

Introduction

Le suicide est une cause importante de décès parmi les Autochtones au Canada[1]. Au cours de la période de 1991 à 2001, les taux de suicide étaient près de deux fois plus élevés parmi les Indiens inscrits[2] et chez les hommes métis comparativement aux hommes non autochtones, ainsi que chez les Indiennes inscrites comparativement aux femmes non autochtones, selon une analyse à partir des données de la Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) couplées à celles du Recensement de 1991 (Tjepkema et al. 2009))[3]. Dans les communautés inuites, entre 1999 et 2003, les taux de suicide étaient 10 fois plus élevés que dans la population canadienne en général (Fondation autochtone de guérison 2007; Agence de la santé publique du Canada 2011).

Les pensées suicidaires sont des prédicteurs et des précurseurs du suicide (Clarke 2010; Coombs et al. 1992; Crosby and Sacks 1994; De Leo et al. 2005; Robins et al. 1959), et elles précèdent presque toujours les tentatives de suicide et les suicides. La prévalence de pensées suicidaires semble être relativement élevée parmi certaines groupes autochtones (Fondation autochtone de guérison 2007; Kumar et al. 2012). Par exemple, en 2006, 13 % des Métis âgés de 20 à 59 ans ont déclaré avoir déjà eu des pensées suicidaires, une proportion plus élevée que dans la population non autochtone (Kumar et al. 2012). Toutefois, peu de données récentes ont été publiées concernant les pensées suicidaires chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits, ou au sujet des facteurs qui y sont associés.

Facteurs de risque de pensées suicidaires

Plusieurs facteurs, y compris des facteurs de santé mentale, comme des troubles de l'humeur et d'anxiété, des traits de personnalité, comme un faible niveau d'estime de soi et un sentiment d'impuissance, ainsi que des facteurs sociaux ou familiaux, y compris les difficultés conjugales et le soutien social, semblent être associés à des pensées suicidaires dans de nombreuses populations.

Les troubles de l'humeur et d'anxiété ont été associés à un risque accru de pensées suicidaires. Dans une étude des facteurs de risque de pensées suicidaires dans 17 pays, la présence de troubles de l'humeur et d'anxiété faisait augmenter de près de trois fois les probabilités de pensées suicidaires (Nock et al. 2008). Une étude des hommes et des femmes métis a déterminé que les troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur) étaient associés à des pensées suicidaires (Kumar et al. 2012).

Même lorsque l'on tient compte de la dépression et d'autres caractéristiques, l'estime de soi a été associée à des pensées suicidaires chez les adolescents (de Man et al. 1992) et les adultes (de Man and Balkou 1987; Jang et al. 2014; Bagalkot et al. 2014), y compris chez les Métis au Canada (Kumar et al. 2012). En outre, le sentiment d'impuissance et les traumatismes de l'enfance (Mann 2003) sont considérés comme des facteurs de risque de pensées suicidaires.

La consommation de drogue a été liée aux pensées suicidaires, une étude laissant supposer qu'une augmentation du nombre de types de drogues consommés augmentait de beaucoup la probabilité de pensées suicidaires (Borges et al. 2000). Par ailleurs, comparativement à la dépression seule, un trouble lié à l'utilisation de substances combiné à la dépression était associé à une probabilité accrue de pensées suicidaires (Bronisch and Wittchen 1994). La consommation d'alcool, et plus particulièrement l'intensité ou la fréquence, a aussi été identifiée comme étant un facteur de pensées suicidaires (Conner et al. 2003). Par exemple, chez les femmes métisses, la consommation élevée et fréquente d'alcool était associée à des pensées suicidaires au cours de la vie (Kumar et al. 2012). Les effets dépressifs du trouble lié à la consommation d'alcool semblent être à l'origine de cette association (Cottler et al. 2003). Il a aussi été démontré que l'usage du tabac était lié à un risque accru de pensées suicidaires (Clarke et al. 2010; Hintikka 2009). Il a été avancé que le tabagisme chronique semblait favoriser la dépression en évoquant un mécanisme possible pour son association à des pensées suicidaires (Kenny et al. 2001).

1. Les données de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) révèlent que 1 400 685 personnes avaient rapporté une identité autochtone en 2011, soit 4,3 % de la population totale canadienne. De ce nombre, 851 560 ont déclaré être des Premières Nations (Indiens de l'Amérique du Nord) seulement, 451 795 ont déclaré être des Métis seulement et 59 445 ont déclaré être des Inuits seulement. De plus, 26 475 personnes ont déclaré d'autres identités autochtones, tandis que 11 415 personnes ont déclaré plus d'une identité autochtone (Statistique Canada. 2013a).
2. Dans le cadre de l'étude citée, les Indiens inscrits comprenaient tous les individus ayant indiqué être des « Indiens inscrits selon la définition de la *Loi sur les Indiens* (Affaires autochtones et du Nord Canada 2012; Statistique Canada 2013c)» au Recensement de 1991.
3. Les données de la Base canadienne de données sur la mortalité ont été couplée à celles du Recensement de 1991 et aux données des déclarants fiscaux, afin d'identifier les Indiens inscrits et les Métis et d'analyser leurs taux de mortalité.

Les recherches ont démontré que l'état matrimonial, et plus particulièrement le fait de n'avoir jamais été marié(e), d'être veuf(ve), divorcé(e) ou séparé(e), est associé à des pensées suicidaires (Inder et al. 2014). Dans huit des neuf pays où des enquêtes ont été menées[4], le fait d'être divorcé(e) ou séparé(e) était associé à des pensées suicidaires (Weissman et al. 1999). Il semble que le mariage a un effet protecteur contre les pensées suicidaires, du fait qu'il augmente le sentiment d'appartenance (McLaren et al. 2015), qu'il fournit un soutien social, qu'il facilite la participation sociale et qu'il augmente l'estime de soi (Hagedoorn et al. 2006).

Le placement dans un pensionnat indien a exposé de nombreux enfants autochtones à une séparation de leur famille, à des abus physiques et sexuels, et à la disparition de leur langue et de leur identité culturelle (Fondation autochtone de guérison 2007; Haig-Brown 1988; Affaires autochtones et du Nord Canada 2008 ; Knockwood 1992). On a déclaré que les pensées suicidaires étaient plus répandues parmi les jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve dont le ou les parents avaient fréquenté un pensionnat indien, comparativement à ceux dont les parents n'avaient pas de tels antécédents (Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations 2005). L'expérience du placement dans un pensionnat indien a été liée à des taux élevés de maladie mentale, de négligence envers les enfants et d'éclatement de la famille, qui sont tous associés à des pensées suicidaires (Fondation autochtone de guérison 2007).

L'état de santé autoévalué a été associé à des pensées suicidaires, même une fois contrôlés les troubles mentaux, les maladies physiques courantes et les caractéristiques sociodémographiques (Goodwin and Olfson 2002). On a démontré qu'un mauvais état de santé perçu était associé à des troubles mentaux particuliers, y compris la dépression majeure, ce qui laisse supposer un mécanisme possible reliant l'état de santé autoévalué et les pensées suicidaires.

On a démontré que le soutien social (Kumar et al. 2012; Park et al. 2010; Wright 2006). protégeait contre les pensées suicidaires. L'association entre la disponibilité et l'utilisation d'un soutien social et les pensées suicidaires semble être facilitée par un niveau accru d'estime de soi (Kleiman and Riskind 2013).

Même s'il existe certaines preuves qui montrent que nombre de ces facteurs sont aussi associés à des pensées suicidaires parmi certains groupes autochtones au Canada (Kumar et al. 2012; Lemstra et al. 2013). il reste à déterminer si cela est le cas parmi d'autres groupes autochtones.

Le présent article comprend des estimations pour 2012 de la prévalence au cours de la vie de pensées suicidaires parmi les adultes des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, comparativement aux non-Autochtones, et examine les caractéristiques associées à de telles pensées.

Résultats

Plus d'un Autochtone sur cinq a déclaré des pensées suicidaires

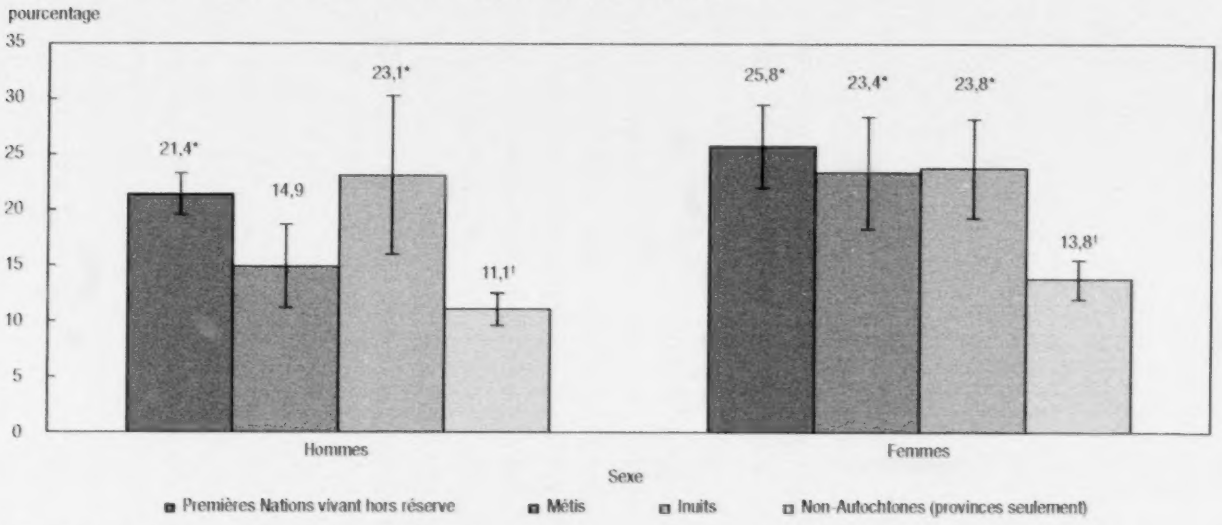
Près du quart des Premières Nations vivant hors réserve (24,0 %) et des Inuits (23,5 %), et un Métis sur cinq (19,6 %), ont déclaré avoir déjà eu des pensées suicidaires.

Les Métisses étaient plus susceptibles que les hommes métis d'avoir eu des pensées suicidaires (23,4 % comparativement à 14,9 %), mais aucune différence entre les femmes et les hommes n'est ressortie parmi les Premières Nations vivant hors réserve (25,8 % comparativement à 21,4 %) ou les Inuits (23,8 % comparativement à 23,1 %) (graphique 1)[5].

Comparativement aux hommes non autochtones (11,1 %), les hommes des Premières Nations vivant hors réserve (21,4 %) et les hommes inuits (23,1 %) étaient plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires. Ce n'était pas le cas pour les hommes métis. Les femmes des trois groupes autochtones étaient plus susceptibles que les femmes non autochtones de déclarer des pensées suicidaires (13,8 %).

4. Les pensées suicidaires ont été associées au divorce et à la séparation aux États-Unis, au Canada (Edmonton), en France (Savigny), en Allemagne de l'Ouest, en Taïwan, en Corée et en Nouvelle-Zélande (Christchurch), mais pas à Porto Rico.
5. Parmi les femmes, la prévalence de pensées suicidaires au cours de la dernière année (12 derniers mois) était de 6,0 % pour les membres des Premières Nations vivant hors réserve, de 5,1 % pour les Métisses et de 5,2 % pour les Inuites; chez les hommes, les pourcentages étaient de 5,5 % pour les membres des Premières Nations vivant hors réserve, de 4,6 % pour les Inuits et de 3,6 % pour les Métis.

Graphique 1
Prévalence des pensées suicidaires au cours de la vie parmi les populations des Premières Nations vivant hors réserve, métisse, inuite et non autochtone, de 26 à 59 ans, selon le sexe, Canada, 2012



* différence significative par rapport au groupe de référence à p<0.025
† Groupe de référence pour les comparaisons entre les personnes d'un même sexe
Notes : Étant donné que les données des territoires n'ont pas été recueillies dans le cadre de l'ESCC-SM, les estimations pour les non-Autochtones concernent uniquement les résidents des provinces.
Les lignes verticales sur chaque barre représentent des intervalles de confiance de 97,5 % (estimation pour les non-Autochtones) ou de 95 % (autres estimations). Différents intervalles de confiance ont été utilisés pour les estimations pour les non-Autochtones afin de tenir compte des comparaisons multiples.
Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

Les troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, la consommation de drogue et le manque d'estime de soi étaient associés à des pensées suicidaires

La prévalence de pensées suicidaires était plus forte chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits adultes qui déclaraient des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété comparativement à ceux qui ne déclaraient pas de tels troubles (tableau 1). Pour tous les groupes autochtones, cela était aussi le cas pour les personnes dont l'estime de soi n'était pas élevée comparativement à celles qui déclaraient un niveau élevé d'estime de soi.

Même lorsque d'autres facteurs étaient pris en compte, ces associations se maintenaient parmi les hommes et les femmes de tous les groupes autochtones (tableau 2). Par exemple, les hommes des Premières Nations vivant hors réserve qui avaient des troubles de l'humeur/ou d'anxiété étaient plus de trois fois plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires (47 % comparativement à 15 %[6]) que ceux n'ayant pas de tels troubles. Les Inuits qui avaient un niveau élevé d'estime de soi étaient moins susceptibles dans une proportion de 60 % d'avoir eu des pensées suicidaires que ceux qui n'avaient pas un niveau élevé d'estime de soi (18 % comparativement à 43 %).

6. Probabilité corrigée après contrôle des autres facteurs de risque.

Tableau 1

Prévalence de pensées suicidaires parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 26 à 59 ans, selon le sexe et certaines caractéristiques, Canada, 2012

	Premières Nations vivant hors réserve		Métis		Inuits	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Caractéristiques	pourcentage					
Troubles de l'humeur et/ou d'anxiété autodéclarés diagnostiqués par un médecin						
Non†	12,7	17,4	10,8	13,7	19,4	19,2
Oui	64,6*	46,8*	42,8*	48,1*	56,4E*	52,9*
Niveau élevé d'estime de soi (aucun sentiment d'inutilité au cours du dernier mois)						
Non†	55,9	52,0	36,3	52,5	49,6	49,5
Oui	16,0*	18,4*	11,7*	15,7*	17,3*	16,5*
Consommation de drogue (médicaments sur ordonnance/drogues de la rue à des fins récréatives)						
Non†	12,0E	20,2	10,0	18,4	17,6	21,8
Oui	42,4*	47,8*	29,1*	46,1*	44,5*	37,1E
Consommation élevée et fréquente d'alcool (cinq verres ou plus au moins une fois par semaine)						
Non†	21,9	25,3	14,6	22,8	20,4	22,3
Oui	18,8E	32,8	17,5E	35,1E	44,0E*	42,0E*
Usage quotidien du tabac						
Non†	16,9	21,7	11,6	20,2	17,0E	17,7E
Oui	31,2*	33,4*	21,3*	30,7*	28,0*	28,7*
Excellente/très bonne santé autodéclarée						
Non†	31,2	33,2	18,5	34,5	26,7	29,1
Oui	12,0*	16,3*	11,9*	12,3*	18,9	15,4*
État matrimonial						
Marié(e)/vivant en union libre†	18,8	19,3	10,9	18,5	19,4	20,3
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e)	27,5E	38,0*	22,8E*	36,1*	42,6E	31,9E
Célibataire (jamais marié(e))	25,4E	29,2*	23,3*	26,7*	26,1E	28,0
Antécédents personnels/des parents/des grands-parents de placement dans un pensionnat						
Non†	16,9E	18,9	9,9	20,4	20,1E	18,7
Oui	23,2	28,7*	18,2*	30,7*	22,7	26,9
Ne sait pas/refus/non déclaré	25,6E	29,7*	23,0*	21,8	29,5E	20,9E
Quintiles de revenu du ménage après impôt corrigé‡						
Premier quintile	33,8E	31,6	29,6	35,9	35,7E	33,5E
Deuxième quintile	20,7E	35,3	20,7E	31,5	20,5E	23,1E
Troisième quintile	16,9E	24,0E	12,6E	20,5	25,8E	25,5E
Quatrième quintile	19,1E	18,2	13,1E	15,2	22,8E	19,4E
Cinquième quintile	16,8E	16,0E	9,2E	16,5	13,1E	16,9E
Plus haut niveau de scolarité atteint						
Niveau inférieur à un niveau secondaire†	23,1E	31,9	20,6	24,7	23,3	20,7
Études secondaires	23,9E	24,9	14,4E	27,5	29,5	28,5E
Études postsecondaires	18,4	24,2	13,2*	20,9	19,0E	25,0
Éloignement (zone d'influence métropolitaine faible ou nulle)						
Non†	21,3	26,3	15,1	23,9	18,1E	26,1E
Oui	22,6E	21,4E	13,6E	20,1E	24,4	23,1

E à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de la catégorie de référence ($p < 0,05$ pour les variables oui/non; $p < 0,025$ pour l'expérience de placement dans un pensionnat et l'état matrimonial; $p < 0,0167$ pour le plus haut niveau de scolarité atteint)

‡ la tendance de probabilité décroissante de pensées suicidaires correspondant à une augmentation du quintile de revenu du ménage est statistiquement significative pour les deux sexes et pour tous les groupes autochtones

† catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Les pensées suicidaires étaient plus répandues chez les personnes qui avaient utilisé des médicaments sur ordonnance à des fins récréatives ou des drogues de la rue que chez celles qui n'avaient pas fait un tel usage[7]. Cette tendance a été notée dans les trois groupes autochtones et, parmi eux, tant chez les hommes que chez les femmes. Ce rapport se maintenait lorsque les autres caractéristiques étaient prises en compte. Dans le cas des hommes des Premières Nations vivant hors réserve et des Métis, ceux qui avaient fait usage de telles drogues étaient environ deux fois plus susceptibles d'avoir déclaré des pensées suicidaires comparativement à ceux qui n'avaient pas fait usage de drogues[6].

7. Le rapport était marginalement significatif parmi les femmes inuites ($p = 0,05$).

Les hommes et les femmes inuits qui déclaraient une consommation élevée et fréquente d'alcool l'année précédente étaient à peu près deux fois plus susceptibles d'avoir déclaré des pensées suicidaires comparativement à ceux qui n'avaient pas eu une telle consommation (tableau 1). Lorsque d'autres facteurs étaient pris en compte, l'association était significative uniquement chez les femmes inuites (tableau 2). Aucune association significative ne subsistait entre ceux qui déclaraient et ne déclaraient pas de consommation élevée et fréquente d'alcool parmi les hommes et les femmes des Premières Nations vivant hors réserve et des Métis, ainsi que les hommes inuits.

Tableau 2
Variation dans la probabilité corrigée de pensées suicidaires des adultes des Premières Nations vivant hors réserve, métis et inuits âgés de 26 à 59 ans, selon le sexe et certaines caractéristiques, Canada, 2012

	Premières Nations vivant hors réserve				Métis				Inuits			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Probabilité corrigée	Double changement	Probabilité corrigée	Double changement	Probabilité corrigée	Double changement	Probabilité corrigée	Double changement	Probabilité corrigée	Double changement	Probabilité corrigée	Double changement
Troubles de l'humeur et/ou d'anxiété autodéclarés diagnostiqués par un médecin												
Non[1]	0,15	...	0,20	...	0,12	...	0,17	...	0,21	...	0,21	...
Oui	0,47	3,1*	0,38	1,9*	0,33	2,8*	0,36	2,1*	0,35	1,7*	0,39	1,9*
Niveau élevé d'estime de soi (aucun sentiment d'inutilité au cours du dernier mois)												
Non[1]	0,34	...	0,41	...	0,22	...	0,36	...	0,45	...	0,43	...
Oui	0,19	0,6*	0,21	0,5*	0,13	0,6*	0,19	0,5*	0,18	0,4*	0,18	0,4*
Consommation de drogue (médicaments sur ordonnance/drogues de la rue à des fins récréatives)												
Non[1]	0,15	...	0,22	...	0,11	...	0,20	...	0,19	...	0,22	...
Oui	0,34	2,3*	0,40	1,8*	0,25	2,3*	0,36	1,8*	0,36	1,9*	0,35	1,6*
Consommation élevée et fréquente d'alcool (cinq verres ou plus au moins une fois par semaine)												
Non[1]	—	...	—	...	—	...	—	...	—	...	0,22	...
Oui	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,40	1,8*
Excellente/très bonne santé												
Non[1]	0,24	...	—	—	—	—	0,27	...	—	—	0,27	...
Oui	0,18	0,8*	—	—	—	—	0,18	0,7*	—	—	0,18	0,7*
État matrimonial												
Marié(e)/vivant en union libre[1]	0,21	...	0,23	...	0,12	...	0,23	...	0,22	...	0,24	...
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e)	0,25	1,2	0,32	1,4*	0,22	1,8*	0,28	1,2	0,42	1,9*	0,25	1,0
Célibataire (jamais marié(e))	0,22	1,0	0,26	1,1	0,18	1,5*	0,21	0,9	0,20	0,9	0,23	1,0
Antécédents personnels/ des parents/des grands-parents de placement dans un pensionnat												
Non[1]	0,20	...	0,21	...	0,11	...	0,23	...	0,19	...	0,23	...
Oui	0,21	1,1	0,27	1,3	0,15	1,4	0,28	1,2	0,24	1,3	0,26	1,1
Ne sait pas/refus/non déclaré	0,24	1,2	0,31	1,5*	0,22	2,0*	0,19	0,8	0,25	1,3	0,18	0,8

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de la catégorie de référence ($p < 0,05$)

[1] catégorie de référence pour le double changement

— caractéristique non associée de façon significative à des pensées suicidaires lorsque l'on tient compte d'autres caractéristiques, et non incluse dans l'analyse finale

Notes : Les changements dans la probabilité (probabilité ou ratio de prévalence marginale corrigé) de pensées suicidaires pour ceux affichant une caractéristique comparativement à ceux sans la caractéristique ont été calculés tout en incluant simultanément d'autres caractéristiques dans l'analyse.

Le revenu du ménage et/ou le plus haut niveau de scolarité atteint ont aussi été inclus comme caractéristiques de contrôle qui peuvent tenir compte d'autres caractéristiques inconnues ou non mesurées pouvant expliquer les pensées suicidaires (non présentées). Pour plus de détails sur les résultats de la régression, voir l'annexe (tableaux B.1 à B.3).

Les doubles changements n'ont pas été comparés statistiquement entre les groupes autochtones et les sexes. Par exemple, le double changement pour les troubles de l'humeur et/ou d'anxiété parmi les hommes des Premières Nations n'a pas été comparé à celui d'autres groupes.

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Les pensées suicidaires étaient plus répandues parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits qui fumaient quotidiennement (tableau 1). Toutefois, après la prise en compte d'autres caractéristiques, l'usage quotidien de tabac n'était pas associé à des pensées suicidaires (données non présentées).

Sauf pour les hommes inuits, les adultes de tous les groupes autochtones qui déclaraient être en excellente ou en très bonne santé étaient moins susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires au cours de la vie que ceux qui évaluaient leur santé moins favorablement (tableau 1). Lorsque d'autres facteurs étaient pris en compte, seuls les hommes des Premières Nations vivant hors réserve, les métisses et les Inuites qui déclaraient avoir une excellente ou une très bonne santé étaient moins susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires (18 % comparativement à 24 % parmi les hommes des Premières Nations vivant hors réserve, et 18 % comparativement à 27 % pour les femmes métisses et inuites[6]) (tableau 2).

Le fait d'être veuf(ve), divorcé(e), séparé(e) ou de n'avoir jamais été marié(e) était associé à des pensées suicidaires dans certains groupes autochtones

Les femmes des Premières Nations vivant hors réserve et les hommes et les femmes métis qui étaient veufs, divorcés ou séparés, ainsi que ceux qui n'avaient jamais été mariés, étaient plus susceptibles que ceux qui étaient mariés ou vivaient en union libre d'avoir déclaré des pensées suicidaires (tableau 1). Lorsque l'influence d'autres facteurs était prise en compte, la probabilité de pensées suicidaires demeurait significativement plus faible chez ceux qui étaient mariés ou vivaient en union libre, comparativement à ceux qui étaient veufs, divorcés ou séparés pour les hommes métis et inuits et pour les femmes des Premières Nations vivant hors réserve. Cela était le cas aussi lorsque les hommes métis mariés ou vivant en union libre étaient comparés aux hommes métis qui n'avaient jamais été mariés (tableau 2).

Les femmes des Premières Nations vivant hors réserve, les hommes métis et les femmes métisses ayant eu une expérience personnelle ou familiale de placement dans un pensionnat indien étaient plus susceptibles que ceux n'ayant pas eu une telle expérience d'avoir eu des pensées suicidaires (tableau 1). Dans d'autres groupes, même si les estimations tendaient vers une prévalence plus élevée chez ceux ayant une expérience personnelle ou familiale de placement dans un pensionnat indien par rapport à ceux n'ayant pas une telle expérience, les différences n'étaient pas statistiquement significatives. Lorsque d'autres caractéristiques étaient prises en compte, les pensées suicidaires comportaient une association **marginale**[8] avec l'expérience de placement dans un pensionnat indien uniquement chez les Métisses (tableau 2). Afin de déterminer si la non-association peut être due aux petites tailles d'échantillon, l'analyse a été répétée au moyen d'un échantillon combiné (c'est-à-dire en combinant les trois groupes et les deux sexes). Dans cette analyse, l'expérience de placement dans un pensionnat indien était associée de façon significative avec l'occurrence de pensées suicidaires (données non présentées).

Dans l'analyse non ajustée, un niveau de revenu après impôt du ménage plus élevé était corrélé à une probabilité plus faible d'avoir eu des pensées suicidaires (tableau 1). Toutefois, le rapport n'était plus significatif lorsque d'autres facteurs étaient pris en compte. Aucune association n'est ressortie entre le niveau de scolarité ou l'éloignement et la déclaration de pensées suicidaires (données non présentées).

8. Valeur p un peu supérieure au seuil de 0,05 (p = 0,08; données non présentées).

Conclusion

En 2012, plus d'un adulte sur cinq des Premières Nations vivant hors réserve, métis et inuit âgé de 26 à 59 ans a déclaré avoir déjà eu des pensées suicidaires au cours de sa vie. Sauf parmi les hommes métis, les pensées suicidaires étaient plus répandues parmi les groupes autochtones que parmi leurs homologues non autochtones.

Pour les hommes et les femmes de tous les groupes autochtones, le fait d'avoir un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété et de consommer de la drogue était associé à une probabilité accrue de pensées suicidaires, tandis qu'un niveau élevé d'estime de soi était associé au contraire, même lorsque d'autres facteurs étaient pris en compte. Les associations avec la consommation élevée et fréquente d'alcool, l'état de santé autodéclaré et l'état matrimonial étaient moins uniformes, variant selon le groupe autochtone particulier et le sexe des répondants.

Les pensées suicidaires étaient plus répandues parmi les femmes des Premières Nations et les hommes et les femmes métis ayant une expérience personnelle ou familiale de placement dans un pensionnat indien, avant le contrôle d'autres facteurs. Après correction pour tenir compte d'autres facteurs, l'expérience de placement dans un pensionnat indien était associée de façon marginale à des pensées suicidaires uniquement chez les femmes métisses. Les petits échantillons disponibles pour l'analyse, lorsque chaque groupe autochtone a été désagrégé selon le sexe, peuvent avoir contribué à l'absence d'association observée. Lorsque les données pour les trois groupes autochtones et les deux sexes ont été combinées, l'expérience de placement dans un pensionnat indien était associée de façon significative à des pensées suicidaires, ce qui laisse supposer que les constatations précédentes sont peut-être le résultat des petites tailles d'échantillon.

Nombre des caractéristiques considérées comme significatives dans la présente étude ont été associées à des pensées suicidaires dans d'autres populations. Conformément à cela, des analyses parallèles utilisant les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC-SM) de 2012 (données non présentées) ont démontré que, tout comme pour les groupes autochtones, les troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, un faible niveau d'estime de soi et la consommation de drogue étaient associés à une prévalence plus forte de pensées suicidaires chez les adultes non autochtones. Toutefois, dans le cas des hommes et des femmes non autochtones, le fait d'être veuf(ve), divorcé(e) ou séparé(e) n'était pas associé à des pensées suicidaires, contrairement à l'association déterminée pour les femmes des Premières Nations vivant hors réserve, ainsi que les hommes métis et inuits. Par ailleurs, dans le cas des adultes non autochtones des deux sexes, le fait d'être célibataire était associé à des pensées suicidaires[9], alors que cela était le cas uniquement pour les hommes métis. D'autres études ont produit des résultats partagés, certaines laissant supposer une association entre l'état matrimonial et les pensées suicidaires (Weissman et al. 1999), tandis que d'autres ne comportaient pas une telle association (Kessler et al. 2005). Le fait de déclarer une excellente ou une très bonne santé était associé à une probabilité plus faible de pensées suicidaires chez les hommes et les femmes non autochtones, alors que cela était vrai uniquement pour les hommes des Premières Nations vivant hors réserve et pour les Inuites et les Métisses.

Dans l'ensemble, certains facteurs de risque, comme les troubles de l'humeur ou d'anxiété, le faible niveau d'estime de soi et la consommation de drogue, étaient associés à des pensées suicidaires dans les trois groupes autochtones et dans la population non autochtone. La prévalence plus forte de certains des facteurs de risque, comme les troubles de l'humeur, chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis comparativement à la population non autochtone (Gionet and Roshanafshar 2013) peut laisser supposer une importance plus grande de ce facteur de risque pour les pensées suicidaires parmi ces groupes autochtones. D'autres caractéristiques, comme l'état matrimonial et l'état de santé autoévalué, comportaient une association différente parmi les groupes autochtones et la population non autochtone.

La présente étude fournit les estimations les plus récentes de la prévalence de pensées suicidaires au cours de la vie pour trois groupes autochtones, à savoir les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, et pour chaque sexe dans chacun de ces groupes. Elle fait aussi état des caractéristiques associées à des pensées suicidaires chez ces groupes autochtones. D'autres recherches sont nécessaires pour examiner d'autres caractéristiques, comme le soutien social, le stress au quotidien et le sentiment d'impuissance. La détermination de facteurs communs et uniques associés aux pensées suicidaires parmi les différents groupes autochtones s'ajoute aux ouvrages publiés sur les facteurs qui pourraient éclairer l'élaboration de programmes de prévention du suicide.

9. Marginalement significatif chez les femmes (p = 0,06; données non présentées).

Limites

Il se peut que les pensées suicidaires fassent l'objet d'une sous-déclaration en raison de la stigmatisation liée au suicide et, aussi, de l'incapacité à se rappeler de telles pensées, particulièrement si elles se sont produites il y a longtemps.

Les estimations de la prévalence pour les Autochtones et les non-Autochtones proviennent d'enquêtes distinctes (EAPA et ESCC-SM), qui utilisent des bases d'échantillonnage, des questions et un enchaînement de questions différents. En outre, les « pensées suicidaires au cours de la vie » représentent une variable correspondant à une question dans les données de l'EAPA, mais à une variable dérivée dans les données de l'ESCC-SM. Ces différences peuvent avoir des répercussions sur la comparabilité des estimations.

L'exclusion des Premières Nations vivant dans des réserves de l'Enquête auprès des peuples autochtones a empêché l'analyse de cette population. Au Manitoba, il a été démontré que les taux de suicide sont plus élevés parmi les Premières Nations vivant dans des réserves comparativement aux populations des Premières Nations vivant hors réserve (Malchy et al. 1997). Au niveau national, des pensées suicidaires au cours de la vie ont été déclarées par 22,0 % des adultes des Premières Nations vivant dans des réserves au cours de la période de 2008 à 2010 (First Nations Information Governance Centre 2012), ce qui est une proportion légèrement plus élevée que pour les Premières Nations vivant hors réserve âgés de 18 ans et plus en 2012 (19,5 %).

Comme il est noté précédemment, plusieurs caractéristiques, comme le soutien social, le stress au quotidien et le sentiment d'impuissance, qui ont été associées à des pensées suicidaires dans des recherches antérieures, n'ont pas pu être explorées parce qu'elles n'étaient pas disponibles dans l'Enquête auprès des peuples autochtones, pas plus que des approximations appropriées. Par ailleurs, les périodes de référence de caractéristiques comme la consommation élevée et fréquente d'alcool et le revenu du ménage ne sont pas les mêmes que la période de référence pour les pensées suicidaires.

Il se peut que certaines associations et leur importance soient affectées par la validité des mesures de l'EAPA de 2012. Par exemple, les troubles diagnostiqués de l'humeur et/ou d'anxiété autodéclarés peuvent ne pas produire des estimations de la prévalence comparables à celles qui seraient obtenues au moyen d'un instrument validé, comme le WMH-CIDI (World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview instrument) de l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organization 2004). De même, la capacité d'une seule question à mesurer l'estime de soi comparativement à une échelle validée reposant sur plusieurs questions est inconnue, tout comme les répercussions de l'utilisation de cette variable dans l'analyse. Par ailleurs, même si la consommation élevée et fréquente d'alcool est la mesure de la consommation d'alcool utilisée ici, d'autres recherches ont utilisé des mesures de la fréquence et de l'intensité de la consommation d'alcool comme prédicteurs possibles des pensées suicidaires (Conner et al. 2003).

Enfin, les données sont transversales, c'est-à-dire qu'elles représentent un instantané dans le temps. Même si la présente analyse comporte plusieurs caractéristiques étant associées à des pensées suicidaires, on ne peut pas déduire de rapports de cause à effet.

Bibliographie

Affaires autochtones et du Nord Canada. Affaires autochtones et du Nord Canada. 2008. *Présentation d'excuses aux anciens élèves des pensionnat indiens*, Ottawa, Ontario, http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100015644/1100100015649.

---. 2012. *Terminologie*, Ottawa, ON, Indigenous and Northern Affairs Canada, 2012, http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014642/1100100014643.

Agence de la santé publique du Canada. 2011. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*, Ottawa, Ontario, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/index-fra.php.

Bagalkot, T.R., J.-I. Park, H.-T. Kim, H.-M. Kim, M.S. Kim, M.-S. Yoon, et coll. 2014. « Lifetime prevalence of and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts in a Korean community sample », *Psychiatry*, vol. 77, nº 4, p. 360-373.

Bartlett, J.G., Y. Iwasaki, B. Gottlieb, D. Hall, et R. Mannell. 2007. « Framework for Aboriginal-guided decolonizing research involving Métis and First Nations persons with diabetes », *Soc Sci Med*, vol. 65, nº 11, p. 2371-2382.

Bastos, L.S., D. Oliveira, R.V.C., et L.S. Velasque. 2015. « Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies », *Cad Saude Publica*, vol. 31, nº 3, p. 487-495.

Borges, G., E.E. Walters, et R.C. Kessler. 2000. « Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior », *Am J Epidemiol*, vol. 151, nº 8, p. 781-789.

Bronisch, T., et H.U. Wittchen. 1994. « Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder », *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 244, nº 2, p. 93-98.

Brown, J.D., et M.A. Marshall. 2006. « The three faces of self-esteem », *Self-esteem: Issues and answers*, New York, Psychology Press, p. 4-9.

Buettner, C., M.J. Rippberger, J.K. Smith, S.G. Leveille, R.B. Davis, et M.A. Mittleman. 2012. « Statin use and musculoskeletal pain among adults with and without arthritis », *Am J Med*, vol. 125, nº 2, p. 176-182.

Clarke, D.E., W.W. Eaton, K.R. Petronis, J.Y. Ko, A. Chatterjee, et J.C. Anthony. 2010. « Increased risk of suicidal ideation in smokers and former smokers compared to never smokers: Evidence from the Baltimore ECA follow-up study », *Suicide Life Threat Behav*, vol. 40, nº 4, p. 307-318.

Cloutier, E., et É. Langlet. 2014. *Enquête auprès des peuples autochtones, 2012 : Guide des concepts et méthodes*, Ottawa, Ontario, http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2013002-eng.pdf.

Conner, K.R., Y. Li, S. Meldrum, P.R. Duberstein, et Y. Conwell. 2003. « The role of drinking in suicidal ideation: analyses of Project MATCH data », *J Stud Alcohol*, vol. 64, nº 3, p. 402-408.

Coombs, D.W., H.L. Miller, R. Alarcon, C. Herlihy, J.M. Lee, et D.P. Morrison. 1992. « Presuicide attempt communications between parasuicides and consulted caregivers », *Suicide Life Threat Behav*, vol. 22, nº 3, p. 289-302.

Cottler, L.B., W. Campbell, V.A.S. Krishna, R.M. Cunningham-Williams, et A.B. Abdallah. 2005. « Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users », *J Nerv Ment Dis*, vol. 193, nº 7, p. 431-437.

Crosby, A.E., et J.J. Sacks. 2002. « Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behavior », *Suicide Life Threat Behav*, États-Unis, vol. 32, nº 3, p. 321-328.

De Leo, D., E. Cerin, K. Spathonis, et S. Burgis. 2005. « Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: Prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour », *J Affect Disord*, vol. 86, nºs 2-3, p. 215-224.

de Man, A.F., S. Balkou, R.I. Iglesias. 1987. « Social support and suicidal ideation in French-Canadians », *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 19, nº 3, p. 342-346.

de Man, A.F., C.P. Leduc, et L. Labrèche-Gauthier. 1992. « Correlates of suicide ideation in French-Canadian adults and adolescents: A comparison », *J Clin Psychol*, vol. 48, nº 6, p. 811-816.

Dooley, D., R. Datalano, K. Rook, S. Serxner. 1989. « Economic stress and suicide: Multilevel analyses. Part 2: Cross-level analyses of economic stress and suicidal ideation », *Suicide Life Threat Behav*. vol. 19, nº 4, p. 337-51.

Fondation autochtone de guérison. 2007. *Suicide chez les Autochtones au Canada*, Ottawa, Ontario, http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/2007-AHF-suicide.pdf.

Gionet, L., et S. Roshanafshar. 2013. *Certains indicateurs de la santé des membres des Premières nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits*, Coup d'œil sur la santé.

Goodwin, R., et M. Olfson. 2002. « Self-perception of poor health and suicidal ideation in medical patients », *Psychol Med*, vol. 32, nº 7, p. 1293-1299.

Hagedoorn, M., N.W. Van Yperen, J.C. Coyne, C.H.M. van Jaarsveld, A.V. Ranchor, E. van Sonderen, et coll. 2006. « Does marriage protect older people from distress? The role of equity and recency of bereavement », *Psychol Aging*, vol. 21, nº 3, p. 611-620.

Haig-Brown C. *Resistance and Renewal: Surviving the Indian Residential School*. 1988. Vancouver (Colombie-Britannique), Arsenal Pulp Press, première édition canadienne (dir.).

Harvard Medical School. 2005. *K10 and K6 Scales*, http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php.

Hintikka, J., H. Koivumaa-Honkanen, S.M. Lehto, T. Tolmunen, K. Honkalampi, K. Haatainen, et coll. 2009. « Are factors associated with suicidal ideation true risk factors? A 3-year prospective follow-up study in a general population », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 44, nº 1, p. 29-33.

Inder, K.J., T.E. Handley, A. Johnston, N. Weaver, C. Coleman, T.J. Lewin, et coll. 2014. « Determinants of suicidal ideation and suicide attempts: parallel cross-sectional analyses examining geographical location », *BMC Psychiatry*, vol. 14, p. 208.

Isik, F. 2009. *Statistical consulting report*, Raleigh, NC, College of Natural Resources, NCSU, http://www4.ncsu.edu/~fisik/Statistical %20Consulting %20Report/Survey %20Data %20Analysis %20Example %20- %20Caitlin %20Burke.pdf.

Jang, J.-M., J.-I. Park, K.-Y. Oh, K.-H. Lee, M.S. Kim, M.-S. Yoon, et coll. 2014. « Predictors of suicidal ideation in a community sample: Roles of anger, self-esteem, and depression », *Psychiatry Res*, vol. 216, nº 1, p. 74-81

Kenny, P.J., S.E. File, et M. Rattray. 2001. « Nicotine regulates 5-HT(1A) receptor gene expression in the cerebral cortex and dorsal hippocampus », *Eur J Neurosci*, vol. 13, nº 6, p. 1267-1271.

Kessler, R.C., P. Berglund, G. Borges, M. Nock, et P.S. Wang. 2005. « Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003 », *JAMA*, vol. 293, nº 20, p. 2487-2495.

Kleiman, E.M., et J.H. Riskind. 2013. « Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. A test of a multiple mediator model », *Crisis*, vol. 34, nº 1, p. 42-49.

Knockwood I. *Out of the depths: The experiences of Mi'kmaw children at the Indian Residential School at Shubenacadie, Nova Scotia*. 1992. Lockeport (Nouvelle-Écosse), Roseway, 2e édition (dir.).

Kumar, M.B., M. Walls, T. Janz, P. Hutchinson, T. Turner, et C. Graham. 2012. « Suicidal ideation among Métis adult men and women--associated risk and protective factors: Findings from a nationally representative survey », *Int J Circumpolar Health*, vol. 71, p. 18829.

Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. 2005. *Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations, Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003*, Ottawa, Ontario, http://fnigc.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_2002/rhs2002-03-technical_report.pdf.

---. 2012. *Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-2010*, Ottawa, Ontario, http://fnigc.ca/sites/default/files/First %20Nations %20Regional %20Health %20Survey %20(RHS) %202008-10 %20- %20National %20Report.pdf.

Lemstra, M., M. Rogers, J. Moraros, et E. Grant. 2013. « Risk indicators of suicide ideation among on-reserve First Nations youth », *Paediatr Child Health*, vol. 18, nº 1, p. 15-20.

Malchy, B., M.W. Enns, T.K. Young, et B.J. Cox. 1997. « Suicide among Manitoba's aboriginal people, 1988 to 1994 », *CMAJ*, vol. 156, nº 8, p. 1133-1138.

Mann, J.J. 2003. « Neurobiology of suicidal behaviour », *Nat Rev Neurosci*, vol. 4, nº 10, p. 819-828.

McLaren, S., R. Gomez, P. Gill, et J. Chesler. 2015. « Marital status and suicidal ideation among Australian older adults: the mediating role of sense of belonging », *Int Psychogeriatr*, vol. 27, nº 1, p. 145-154.

Miller, L.C., S.R. Rosas, et K. Hall. 2011. « Using concept mapping to describe sources of information for public health and school nursing practice », *Journal of Research in Nursing*.

Nock, M.K., G. Borges, E.J. Bromet, J. Alonso, M. Angermeyer, A. Beautrais, et coll. 2008. « Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts », *Br J Psychiatry*, vol. 192, nº 2, p. 98-105.

Organisation mondiale de la santé. 2004. *The World Mental Health Composite International Diagnostic Interview*, Boston, Dept. of Health Care Policy, Harvard Medical School, http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcidi/.

Park, S.-M., S.I. Cho, et S.-S. Moon. 2010. « Factors associated with suicidal ideation: role of emotional and instrumental support », *J Psychosom Res*, vol. 69, nº 4, p. 389-397.

Peters, E.J. 2007. *First Nations and Métis People and Diversity in Canadian Cities*, Ottawa, Ontario, Institut de recherche en politiques publiques, http://irpp.org/fr/research-studies/peters-2006-11-16/.

Robins E., S. Gassner, J. Kayes, R.H. Wilkinson, et G.E. Murphy. 1959. « The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide », *Am J Psychiatry*, vol. 115, nº 8, p. 724-733.

RTI International. *DESCRIPT Example 7*, Research Triangle Park, NC: RTI International, http://www.rti.org/sudaan/pdf_files/110Example/DESCRIPT %20Example %207.pdf.

Santé Canada. 2010. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*, Ottawa, http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2010/summary-sommaire-fra.php.

SAS Institute. 2010. *The FREQ Procedure: Cochran-Armitage Trend Test*, Cary, NC, SAS Institute Inc., http://support.sas.com/documentation/cdl/en/procstat/63104/HTML/default/viewer.htm#procstat_freq_sect032.htm

Statistique Canada. 2012. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC)*, Ottawa, Ontario, http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015.

---. 2013a. *Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits*, Ottawa, Ontario, http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-fra.cfm.

---. 2013b. *Classification pour le statut d'Indien inscrit ou des traités*, Ottawa, ON, http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=61090&CVD=61090&CLV=0&MLV=1&D=1

--- 2013c. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2, Santé mentale et bien-être : Documentation du fichier de microdonnées à grande diffusion*, Ottawa, Ontario, http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226_DLI_D1_T22_V2-eng.pdf.

Vittinghoff, E., D.V. Glidden, S.C. Shiboski, et C.E. McCulloch. 2012. *Predictor selection*. Regression Methods in Biostatistics, Boston, MA, États-Unis, Springer, p. 147.

Weissman, M.M., R.C. Bland, G.J. Canino, S. Greenwald, H.G. Hwu, P.R. Joyce, et coll. 1999. « Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries », *Psychol Med*, vol. 29, nº 1, p. 9-17.

Wiener, R.C., M.A. Wiener, et D.W. McNeil. 2015. « Comorbid depression/anxiety and teeth removed: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2010 », *Community Dent Oral Epidemiol*.

Wright, R. 2006. « Social support and health outcomes in a multicultural urban population », *Soc Work Health Care*, vol. 43, nº 4, p. 15-28.

Annexe

Données et méthodes

Données

Les données sont tirées de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2012 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC-SM) de 2012. La première a servi à l'analyse des pensées suicidaires chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits; la deuxième a été utilisée pour comparer les estimations de l'EAPA et celles pour la population non autochtone.

L'EAPA de 2012 est une enquête nationale auprès des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits âgés de 6 ans et plus. Il s'agissait du quatrième cycle de l'EAPA qui était axé sur l'éducation, l'emploi et la santé. L'enquête excluait les personnes vivant dans des réserves et des établissements indiens et certaines collectivités des Premières Nations au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. Le taux de réponse a été de 76 %, ce qui a donné lieu à un échantillon d'Autochtones de 28 410 (Cloutier and Langlet 2014). La population à l'étude pour la présente analyse a été limitée aux 26 à 59 ans qui ont répondu aux questions sur les pensées suicidaires, soit un échantillon de 10 306 personnes. Ce groupe d'âge a été choisi parce que les caractéristiques associées aux pensées suicidaires chez les personnes qui en font partie doivent différer par rapport à celles des jeunes adultes (18 à 25 ans) et des personnes âgées (60 ans et plus).

L'ESCC-SM de 2012 était une enquête transversale sur l'état de santé mentale des Canadiens et sur leur utilisation des services de santé mentale (Statistique Canada 2012). Des données ont été recueillies auprès de la population à domicile âgée de 15 ans et plus dans les 10 provinces. L'enquête excluait les personnes vivant dans des réserves et des établissements indiens[10], les membres à temps plein des Forces canadiennes et la population vivant en établissement. Le taux de réponse a été de 68,9 %, pour un échantillon de 25 113 personnes (Statistique Canada 2013c). La population à l'étude pour la présente analyse était celle des 26 à 59 ans qui ne s'identifiaient pas comme Autochtones (« non-Autochtones »), soit une taille d'échantillon de 11 822 personnes.

Les questions sur les pensées suicidaires différaient dans les deux enquêtes. Pour l'EAPA, on a posé aux participants une série de questions sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide, y compris la suivante : « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous donner la mort? » À ceux qui ont répondu « Oui », on a posé une question au sujet des pensées suicidaires l'année précédente : « Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois? »

Dans l'ESCC-SM, la présence de « pensées suicidaires au cours de la vie » a été fondée sur une variable dérivée à partir d'une combinaison de questions : 1) « Avez-vous déjà vécu [ceci] : **Vous avez sérieusement pensé à vous suicider** »; et 2) « Pensez à la période de deux semaines ou plus quand vos sentiments d'être [déprimé] étaient les plus sévères et fréquents. Durant cette période, **avez-vous sérieusement pensé à vous suicider?** » Ceux qui ont répondu « Oui » à la première question ont dû répondre à une question concernant les pensées suicidaires au cours de la dernière année : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu [ceci] : **Vous avez sérieusement pensé à vous suicider.** »

Analyse

Les données analysées dans la présente étude concernent les pensées suicidaires **au cours de la vie** : c'est-à-dire avoir déjà sérieusement pensé (à un moment donné au cours de sa vie) à se suicider. Les « pensées suicidaires au cours de la vie » ont été choisies plutôt que les pensées suicidaires **au cours de la dernière année**, afin d'augmenter la taille de l'échantillon et parce que de nombreuses caractéristiques potentiellement reliées aux pensées suicidaires devaient être relativement uniformes au fil du temps, y compris un niveau élevé d'estime de soi (Brown and Marshall 2006)[11], ou avaient trait à une expérience/occurrence au cours de la vie, par exemple, le fait d'avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Des analyses distinctes ont été effectuées pour les hommes et les femmes, ainsi que les trois groupes autochtones, en raison : 1) d'une plus grande prévalence de pensées suicidaires chez les femmes de nombreuses populations (Crosby and Sacks 1994; Weissman et al. 1999), y compris les Métis (Kumar et al. 2012);12 2) des expériences historiques et actuelles

10. Dans l'ESCC – Santé mentale de 2012, on les appelle « réserves et autres établissements autochtones ».
11. Dans le présent document, l'estime de soi est utilisée comme une approximation, parce que l'EAPA ne comprenait pas de questions pouvant être utilisées pour l'évaluer.

variées des Premières Nations, des Métis et des Inuits (Bartlett et al 2007; Peters 2007); et 3) des différences déclarées dans les prédicteurs des pensées suicidaires chez les hommes et les femmes métis (Kumar et al. 2012).

Estimation de la prévalence

La prévalence de pensées suicidaires au cours de la vie a été estimée au moyen de méthodes tenant compte des plans de sondage complexes de l'EAPA et de l'ESCC (Cloutier and Langlet 2014; Statistique Canada 2013c). Les valeurs manquantes (« ne sait pas », « non déclaré », « refus ») ont été exclues du dénominateur au moment du calcul des pourcentages, sauf si elles constituaient plus de 5 % du total (comme dans le cas de l'expérience de placement dans un pensionnat indien). Des différences statistiquement significatives ont été déterminées au moyen de tests propres aux données d'enquête complexes (Isik 2009; Miller et al. 2011; RTI International n.d.; Wiener et al. 2015).

Caractéristiques ou facteurs de risque associés aux pensées suicidaires au cours de la vie

Les facteurs de risque pris en compte dans la présente analyse sont fondés sur les ouvrages publiés et sur leur disponibilité dans l'Enquête auprès des peuples autochtones. Il s'agit notamment de caractéristiques liées à la santé et de caractéristiques socioéconomiques. Dans le premier cas, il s'agit des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, de l'estime de soi, de la consommation de drogue, de la consommation ou de l'abus d'alcool, et de l'état de santé autodéclaré. Les caractéristiques socioéconomiques comprennent l'état matrimonial, le revenu du ménage, le plus haut niveau de scolarité atteint, l'éloignement et les antécédents personnels ou familiaux de placement dans un pensionnat indien.

Dans la présente étude, les facteurs de risque liés à la santé ont été opérationnalisés de la façon suivante :

- troubles de l'humeur et/ou d'anxiété[12] : troubles de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqués par un professionnel de la santé et autodéclarés;
- niveau élevé d'estime de soi : ne pas avoir eu de sentiment d'inutilité au cours du mois précédent (Harvard Medical School 2005)[13, 14];
- consommation de drogue : avoir déjà utilisé des médicaments sur ordonnance à des fins récréatives ou des drogues de la rue;
- consommation élevée et fréquente d'alcool (Santé Canada 2010) : avoir consommé cinq verres ou plus à une occasion, une ou plusieurs fois par semaine au cours des 12 derniers mois;
- usage du tabac : fumer au moins une cigarette sur une base quotidienne;
- état de santé autodéclaré : excellente ou très bonne santé comparativement à santé bonne/passable/mauvaise.

Les caractéristiques socioéconomiques ont été opérationnalisées de la façon suivante :

- état matrimonial : i) marié(e) ou vivant en union libre, ii) veuf(ve), divorcé(e) ou séparé(e), ou iii) célibataire (jamais marié(e));
- revenu du ménage : quintiles de revenu du ménage après impôt corrigé[15];
- plus haut niveau de scolarité atteint : niveau inférieur à un niveau secondaire, diplôme secondaire et diplôme postsecondaire;

12. Les troubles de l'humeur et/ou d'anxiété comprenaient la dépression, le trouble bipolaire, la manie, la dysthymie, la phobie, le trouble obsessif-compulsif ou le trouble panique.
13. Même si on a demandé aux répondants leurs sentiments d'estime de soi uniquement pour le mois précédent, l'estime de soi semble être uniforme au fil du temps.
14. Cette variable fait partie d'une échelle plus importante validée de mesure de la détresse psychologique non spécifique, l'échelle de Kessler. L'échelle comprend 10 questions, dont une est utilisée ici pour évaluer le niveau élevé d'estime de soi. D'autres recherches sur la détresse mentale ont utilisé cette variable dans le contexte de l'échelle complète de Kessler.
15. On utilise le revenu du ménage après impôt corrigé pour tenir compte de la taille du ménage. Les quintiles de revenu du ménage représentent 20 % de tous les ménages ou le cinquième. Les quintiles utilisés ici sont les suivants : premier ou le plus faible (inférieur ou égal à 17 975 $), deuxième (plus de 17 975 $ à moins de 27 626 $), troisième (27 626 $ à moins de 38 429 $), quatrième (38 429 $ à inférieur ou égal à 53 287 $), et le plus élevé (plus de 53 287 $).

- éloignement : vivant dans une zone d'influence métropolitaine faible ou nulle[16];

- antécédents personnels/des parents/des grands-parents d'expérience de placement dans un pensionnat indien : définis comme le fait d'avoir été placé dans un pensionnat indien ou d'avoir un ou des parents ou grands-parents ayant été placés dans un pensionnat indien.

D'autres caractéristiques, comme le soutien social (Kumar et al. 2012; Park et al. 2010; Wright 2006), l'impuissance et les traumatismes pendant l'enfance (Mann 2003), qui ont été associés à des pensées suicidaires dans les ouvrages publiés, n'ont pas été incluses dans l'analyse parce qu'elles n'étaient pas disponibles dans l'Enquête auprès des peuples autochtones, pas plus que des approximations appropriées.

Analyses bivariées et multivariées

Des analyses bivariées ont été menées pour déterminer si les personnes affichant des caractéristiques particulières étaient plus ou moins susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires. On a examiné une caractéristique à la fois, sans rajustement pour tenir compte d'autres facteurs potentiellement associés. Des différences statistiquement significatives ont été déterminées au moyen de tests propres à des données d'enquête complexes (Isik 2009; Miller et al. 2011; RTI International n.d.; Wiener et al. 2015). Pour les variables ordinales, comme les quintiles de revenu du ménage, des tendances dans la corrélation entre les catégories de la variable et des pensées suicidaires ont été vérifiées au moyen du test Cochran-Armitage (SAS Institute 2010).

Des analyses de régression logistique tenant compte simultanément de nombreuses variables ont par la suite été effectuées, afin de déterminer les caractéristiques comportant une association significative avec le fait d'avoir déjà eu des pensées suicidaires, tout en contrôlant les autres caractéristiques. Les caractéristiques incluses dans les régressions logistiques étaient celles qui étaient corrélées avec des pensées suicidaires dans les analyses bivariées, ou dont on a démontré qu'elles étaient associées dans des recherches antérieures.

Dans l'analyse finale, on a habituellement retenu seulement les caractéristiques qui étaient associées de façon statistique à des pensées suicidaires. Toutefois, certaines ont été conservées, peu importe les associations significatives, si elles avaient été associées uniformément/fortement à des pensées suicidaires dans des recherches antérieures (Vittinghoff et al. 2012, p. 147)[17]. On a retenu le revenu du ménage après impôt corrigé comme approximation pour des facteurs comme le stress au quotidien, et plus particulièrement le stress économique (Dooley et al. 1989 ; Hintikka et al. 2009), qui sont liés à des pensées suicidaires, mais pour lesquels aucune donnée n'est recueillie dans l'enquête.

La prévalence marginale corrigé (augmentation de la probabilité en présence d'une caractéristique, dans le cas de caractéristiques oui/non, avec correction pour tenir compte d'autres caractéristiques) d'avoir eu des pensées suicidaires a été estimée pour les personnes affichant et n'affichant pas chaque caractéristique. L'augmentation ou la diminution de la probabilité (« double changement » ou « prévalence marginale corrigé » (Bastos et al. 2015; Buettner et al. 2012)) a été calculée en divisant l'estimation de la probabilité pour les répondants affichant une caractéristique par celle pour les répondants sans la caractéristique. Par exemple, si le double changement était de 2,0 pour une caractéristique particulière, les personnes affichant la caractéristique étaient deux fois plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires comparativement à celles qui n'avaient pas la caractéristique, une fois contrôlées les autres caractéristiques. Par contre, si le changement était de 0,5 pour une caractéristique, les personnes affichant la caractéristique étaient la moitié moins susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires que celles n'affichant pas la caractéristique.

16. Les municipalités sont affectées à une région métropolitaine de recensement (RMR), une agglomération de recensement (AR) ou une zone d'influence métropolitaine (ZIM). Si une municipalité n'est pas une RMR ou une AR, une catégorie de ZIM est attribuée selon le pourcentage de ses résidents occupés qui se rendent au travail dans le noyau d'une RMR ou d'une AR. Les catégories de ZIM sont forte, modérée, faible ou nulle.

17. Les caractéristiques associées de façon statistique aux pensées suicidaires dans l'analyse finale ont été déterminées au moyen de la méthode de sélection rétrospective modifiée d'Allen-Cady. En résumé, les facteurs de risque possibles ont été divisés en deux groupes. On a démontré que les facteurs de risque du premier groupe étaient associés fortement/uniformément avec des pensées suicidaires dans les recherches antérieures, et ils ont été conservés dans l'analyse, peu importe leur signification statistique. Il s'agissait notamment des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, du niveau élevé d'estime de soi, de la consommation de drogue et de l'état matrimonial. Les facteurs du deuxième groupe ont été classés selon leur importance possible comme facteurs de risque de pensées suicidaires. Dans l'analyse de régression, ils sont supprimés en ordre d'importance ascendante, jusqu'à ce que le premier facteur de risque comportant une valeur p de 0,05 soit atteint.

Tableau A.1

Prévalence de pensées suicidaires au cours de la vie et de la dernière année parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits ainsi que la population non autochtone âgée de 26 à 59 ans, selon le sexe, Canada, 2012

		Intervalle de confiance de 95 %	
	Pourcentage	de	à
Pensées suicidaires au cours de la vie			
Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves, Inuits et Métis, et sexes combinés	21,9	20,4	23,3
Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves	24,0	21,1[a]	26,9[a]
Inuits	23,5	19,7[a]	27,3[a]
Métis	19,6	17,2[a]	22,1[a]
Premières Nations vivant hors réserve, Inuits et Métis combinés			
Hommes	18,3	16,1	20,5
Femmes	24,5	22,4	26,7
Premières Nations vivant hors réserve			
Hommes	21,4	19,6[b]	23,3[b]
Femmes	25,8	22,0[b]	29,5[b]
Inuits			
Hommes	23,1	16,0[b]	30,3[b]
Femmes	23,8	18,1[b]	29,4[b]
Métis			
Hommes	14,9	11,2[b]	18,7[b]
Femmes	23,4	18,3[b]	28,4[b]
Non-Autochtones (provinces seulement)			
Hommes	11,1	9,6[a]	12,5[a]
Femmes	13,8	12,0[a]	15,5[a]
Pensées suicidaires au cours de la dernière année			
Premières Nations vivant hors réserve			
Hommes	5,5	2,7	8,3
Femmes	6,0	3,9	8,2
Inuits			
Hommes	4,6	2,1	7,1
Femmes	5,2	3,3	7,0
Métis			
Hommes	3,6	2,5	4,8
Femmes	5,1	3,7	6,5

Note : Pour certaines estimations, afin de tenir compte des comparaisons multiples, des intervalles de confiance de 98,33 % et de 97,5 % ont été utilisés.

[a] intervalle de confiance de 98,33 % était utilisé

[b] intervalle de confiance de 97,5 %b était utilisé

Sources : Enquête auprès des peuples autochtones, 2012 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

Tableau B.1

Résultats des analyses de régression logistique pour les pensées suicidaires au cours de la vie parmi les Premières Nations vivant hors réserves âgés de 26 à 59 ans, selon le sexe, Canada, 2012

	Hommes			Femmes		
	coefficient bêta	erreur type	valeur p	coefficient bêta	erreur type	valeur p
Coordonnée à l'origine	-1,25	0,45	0,006	-1,43	0,32	0,000
Trouble(s) de l'humeur et/ou d'anxiété autodéclaré(s) diagnostiqué(s) par un médecin	1,93	0,27	0,000	1,02	0,25	0,000
Niveau élevé d'estime de soi (aucun sentiment d'inutilité au cours du dernier mois)	-1,07	0,31	0,001	-1,12	0,19	0,000
Consommation de drogue (médicaments sur ordonnance/drogues de la rue à des fins récréatives)	1,44	0,22	0,000	1,04	0,19	0,000
Excellente/très bonne santé	-0,54	0,23	0,020	—	—	—
État matrimonial (catégorie de référence : marié(e)/vivant en union libre)						
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e)	0,33	0,35	0,337	0,56	0,26	0,034
Célibataire (jamais marié(e))	0,08	0,26	0,767	0,20	0,28	0,471
Antécédents personnels/des parents/ des grands-parents de placement dans un pensionnat (catégorie de référence : non)						
Oui	0,13	0,28	0,633	0,36	0,25	0,146
Ne sait pas/refus/non déclaré	0,33	0,37	0,362	0,60	0,27	0,030

— caractéristique non associée de façon significative à des pensées suicidaires au cours de la vie

Notes : Tailles de l'échantillon : 1 850 (hommes) et 2 504 (femmes).

Le modèle de régression a été corrigé pour tenir compte du revenu du ménage (les deux sexes).

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Tableau B.2

Résultats des analyses de régression logistique pour les pensées suicidaires au cours de la vie parmi les Métis âgés de 26 à 59 ans, selon le sexe, Canada, 2012

	Hommes			Femmes		
	coefficient bêta	erreur type	valeur p	coefficient bêta	erreur type	valeur p
Coordonnée à l'origine	-2,08	0,40	0,000	-1,01	0,35	0,004
Troubles de l'humeur et/ou d'anxiété autodéclaré(s) diagnostiqué(s) par un médecin	1,50	0,25	0,000	1,18	0,20	0,000
Niveau élevé d'estime de soi (aucun sentiment d'inutilité au cours du dernier mois)	-0,76	0,29	0,008	-1,09	0,24	0,000
Consommation de drogue (médicaments sur ordonnance/drogues de la rue à des fins récréatives)	1,18	0,22	0,000	1,06	0,21	0,000
Excellente/très bonne santé	—	—	—	-0,65	0,21	0,002
État matrimonial (catégorie de référence : marié(e)/vivant en union libre)						
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e)	0,86	0,41	0,036	0,34	0,30	0,257
Célibataire (jamais marié(e))	0,56	0,25	0,024	-0,19	0,22	0,378
Antécédents personnels/des parents/ des grands-parents de placement dans un pensionnat (catégorie de référence : non)						
Oui	0,41	0,25	0,102	0,38	0,22	0,084
Ne sait pas/refus/non déclaré	0,96	0,29	0,001	-0,31	0,24	0,197

— caractéristique non associée de façon significative à des pensées suicidaires au cours de la vie

Notes : Tailles de l'échantillon : 1 938 (hommes) et 2 219 (femmes).
Le modèle de régression a été corrigé pour tenir compte du revenu du ménage (les deux sexes), du plus haut niveau de scolarité atteint (femmes).
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.

Tableau B.3

Résultats des analyses de régression logistique pour les pensées suicidaires au cours de la vie parmi les Inuits âgés de 26 à 59 ans, selon le sexe, Canada, 2012

	Hommes			Femmes		
	coefficient bêta	erreur type	valeur p	coefficient bêta	erreur type	valeur p
Coordonnée à l'origine	-0,47	0,42	0,266	-0,47	0,37	0,204
Trouble(s) de l'humeur et/ou d'anxiété autodéclaré(s) diagnostiqué(s) par un médecin	0,84	0,38	0,029	1,04	0,32	0,001
Niveau élevé d'estime de soi (aucun sentiment d'inutilité au cours du dernier mois)	-1,56	0,28	0,000	-1,40	0,25	0,000
Consommation de drogue (médicaments sur ordonnance/drogues de la rue à des fins récréatives)	1,10	0,28	0,000	0,78	0,40	0,051
Consommation élevée et fréquente d'alcool	—	—	—	1,05	0,38	0,005
Excellente/très bonne santé	—	—	—	-0,63	0,26	0,017
État matrimonial (catégorie de référence : marié(e)/vivant en union libre)						
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e)	1,23	0,48	0,010	0,08	0,36	0,818
Célibataire (jamais marié(e))	-0,13	0,28	0,643	-0,03	0,27	0,906
Antécédents personnels/des parents/ des grands-parents de placement dans un pensionnat (catégorie de référence : non)						
Oui	0,33	0,28	0,248	0,19	0,26	0,469
Ne sait pas/refus/non déclaré	0,38	0,38	0,315	-0,39	0,40	0,332

— caractéristique non associée de façon significative à des pensées suicidaires au cours de la vie

Notes : Tailles de l'échantillon : 801 (hommes) et 918 (femmes).
Le modèle de régression a été corrigé pour tenir compte du revenu du ménage et du plus haut niveau de scolarité atteint (les deux sexes).
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2012.